

NOME COMERCIAL DO PLANO: **FLEX FAMÍLIA** - Registrado na ANS sob **n.466.482/12-5**

**CONTRATAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**SEGMENTAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**ÁREA GEOGRÁFICA:** \_\_\_\_\_

**ÁREA DE ATUAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**FORMAÇÃO DO PREÇO:** \_\_\_\_\_

### QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

**UNIODONTO UBERABA - COOPERATIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ODONTOLÓGICA,**  
CNPJ: 17.333.055/0001-16, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob.  
N. 370568, classificação Cooperativa Odontológica, com sede rua Cel. Manoel Borges, 681, bairro,  
Mercês, CEP 38.060-340, Uberaba, MG.

### CONTRATANTE

**NOME:** \_\_\_\_\_

**CPF :** \_\_\_\_\_ **IDENTIDADE:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_

**ESTADO:** \_\_\_\_\_ **DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_\_

**NOME DA MÃE:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**NOME DO PAI:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

### BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

**Relação com o contratante**  Pais  Enteados  Cônjuge  Convivente  Filhos  Netos  Bisnetos  Irmãos  Avós  Bisavós  Tios  
 Sobrinhos  Sogros  Genro  Nora  Cunhados  Padrasto  Madrasta  Tutelado  Menor sob guarda

**NOME:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASC.:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **IDENTIDADE:** \_\_\_\_\_

**NOME DA MÃE:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **IDENTIDADE:** \_\_\_\_\_

**Relação com o contratante**  Pais  Enteados  Cônjuge  Convivente  Filhos  Netos  Bisnetos  Irmãos  Avós  Bisavós  Tios  
 Sobrinhos  Sogros  Genro  Nora  Cunhados  Padrasto  Madrasta  Tutelado  Menor sob guarda

**NOME:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASC.:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **IDENTIDADE:** \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

**Relação com o contratante** OPais OEnteados OCônjuge OConvivente OFilhos ONetos OBisnetos OIrmãos OAvós OBisavós OTios OSobrinhos OSogros OGenro ONora OCunhados OPadrasto OMadrasta OTutelado OMenor sob guarda

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASC.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

**Relação com o contratante** OPais OEnteados OCônjuge OConvivente OFilhos ONetos OBisnetos OIrmãos OAvós OBisavós OTios OSobrinhos OSogros OGenro ONora OCunhados OPadrasto OMadrasta OTutelado OMenor sob guarda

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASC.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

**Relação com o contratante** OPais OEnteados OCônjuge OConvivente OFilhos ONetos OBisnetos OIrmãos OAvós OBisavós OTios OSobrinhos OSogros OGenro ONora OCunhados OPadrasto OMadrasta OTutelado OMenor sob guarda

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASC.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

**Relação com o contratante** OPais OEnteados OCônjuge OConvivente OFilhos ONetos OBisnetos OIrmãos OAvós OBisavós OTios OSobrinhos OSogros OGenro ONora OCunhados OPadrasto OMadrasta OTutelado OMenor sob guarda

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASC.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

<b>VALOR DA INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO</b>	<b>R\$</b>
--	------------

**VALOR DA MENSALIDADE** (parcela do preço em pré-pagamento) para procedimentos do anexo 01:

<b>POR FAMÍLIA</b>
<b>R\$</b>

com desconto de 25% por pontualidade no pagamento.

<b>POR BENEFICIÁRIO</b>
<b>R\$</b>

com desconto de 25% por pontualidade no pagamento.

**VALOR PARA PROCEDIMENTOS EM PÓS PAGAMENTO - ANEXO 02**

Pagamento das faturas: todo dia \_\_\_\_ de cada mês.

Dados do contratante para recebimentos de notificação:

Endereço para recebimento de cartas: \_\_\_\_\_

E- mail: \_\_\_\_\_

Fone para ligação telefônica, recebimento de SMS e WhatsApp: \_\_\_\_\_

Uberaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Operadora

\_\_\_\_\_  
Contratante

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

### **CLÁUSULA PRIMEIRA: ATRIBUTOS DO CONTRATO**

Este instrumento particular tem por objetivo regular a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, observando o disposto no art. 1º, inciso. I, da Lei 9656/98, compreendendo todos os procedimentos do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura de todas as doenças do CID-10, no que se refere à saúde bucal.

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

### **CLÁUSULA SEGUNDA: CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

São beneficiários deste contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- a)** O cônjuge;
- b)** O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c)** Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d)** Os tutelados e os menores sob guarda;
- e)** Outros: \_\_\_\_\_

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

### **CLÁUSULA TERCEIRA: COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

O plano oferece obrigatoriamente a cobertura de todos os eventos definidos no Rol de Procedimentos do Plano Odontológico editado pela ANS vigente à época do evento, também definidos e listados nos anexos 01 e 02, deste contrato, que por ter forma mista de pagamento, será pago mensalmente pela contratante em pré-pagamento para utilização dos procedimentos do anexo 01, e para os procedimentos do anexo 02, em pós pagamento, de acordo com os valores nele previsto e neste caso somente quando utilizados.

A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontoló-

gicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos estão cobertos pelo contrato. A cobertura assistencial inclui todos os itens definidos pela ANS no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, devendo obrigatoriamente ser submetidas a regime de pré-pagamento, sem utilização de mecanismos de regulação financeira, as despesas relativas, no mínimo, aos seguintes procedimentos, conforme definido no artigo 2º da RN 59/2003:

- a)** consulta inicial;
- b)** curativo em caso de hemorragia bucal/labial;
- c)** curativo em caso de odontalgia aguda/ pulpectomia/ necrose;
- d)** imobilização dentária temporária;
- e)** recimentação de peça protética;
- f)** tratamento de alveolite;
- g)** colagem de fragmentos;
- h)** incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- i)** incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- j)** reimplante de dente avulsionado;
- k)** orientação de higiene bucal;
- l)** evidenciação de placa bacteriana;
- m)** aplicação tópica de flúor.

A operadora garante o atendimento integral das coberturas no município que o beneficiário demandar, após o cumprimento de carência, se houver, em até 7 dias para consultas e demais procedimentos realizados em consultórios e clínicas, exceto urgência e emergência que será de imediato.

Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

- I** - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou
- II** - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou

nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos de atendimento.

Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em:

**I** - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou

**II** - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II acima, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados para atendimento, ficando desobrigada do transporte no caso da existência dos prestadores.

Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem. Neste caso não há a necessidade de autorização prévia.

#### **CLÁUSULA QUARTA: EXCLUSÕES DE COBERTURA**

Não estão cobertos pelo plano os seguintes eventos e todos os demais não previstos no rol de procedimentos da ANS:

**a)** as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;

**b)** as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, incluindo a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar na especialidade de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;

**c)** as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;

**d)** tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

**e)** tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

**f)** casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**g)** os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/

emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;

**h)** os serviços não abrangidos pelo Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do atendimento;

**i)** consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

**j)** consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

**l)** despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;

**m)** renovação de restaurações para fins exclusivamente estéticos; e

**n)** tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos.

### **CLÁUSULA QUINTA: DURAÇÃO DO CONTRATO**

Este contrato será por prazo indeterminado, com vigência mínima inicial de 1 (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

Após o prazo inicial de um ano, a renovação automática do contrato será por prazo indeterminado e ficando vedada a cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

### **CLÁUSULA SEXTA: PERÍODOS DE CARÊNCIA**

Deverão ser observados os seguintes prazos de carências:

<b>Procedimentos</b>	<b>Carências</b>
Urgências ou Emergências Odontológicas.....	24 horas
Diagnóstico.....	30 dias
Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia.....	90 dias
Periodontia, Endodontia.....	90 dias
Demais Casos.....	180 dias

O pagamento antecipado de contraprestações, não elimina ou reduz os prazos de carências.

Para os casos de urgência e emergência, o prazo de carência não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) horas.

As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

### **CLÁUSULA SÉTIMA: DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES**

Lesão preexistente é aquela que o beneficiário sabe existir no momento da contratação do pla-

no. Neste contrato não há cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravamento no caso de Lesão Preexistente.

### **CLÁUSULA OITAVA: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Está garantida a cobertura para atendimento de urgência e emergência, abaixo classificados, por parte da CONTRATADA:

**I** - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.

**II** - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.

**III** - Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.

**IV** - Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.

**V** - Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.

**VI** - Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.

**VII** - Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.

**VIII** - Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.

**IX** - Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização.

Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

Nos procedimentos de urgência e emergência é garantido o reembolso ao beneficiário quando não for possível a utilização do serviço próprio ou contratualizado dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, em valor não inferior ao praticado pela operadora junto à sua rede prestadora. O reembolso será realizado em até trinta dias da apresentação do recibo de pagamento e da documentação odontológica. O prazo de prescrição para apresentação dos documentos é de um ano.

### **CLÁUSULA NONA: MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

#### **PROCEDIMENTOS**

Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o **BENEFICIÁRIO**, verificando previamente o Manual do Beneficiário vigente, escolherá o cirurgião-dentista integrante da rede **CONTRATADA** que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta,

cujo prazo máximo para iniciar o atendimento não poderá ser superior a sete dias.

O cirurgião-dentista emitirá orçamento dos atos odontológicos que deverão ser realizados, para que seja aprovado pela **CONTRATADA**, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não cooperados.

A **CONTRATADA** se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

Aprovada a realização do tratamento, sua execução deverá ser agendada pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente com o cirurgião-dentista que a propôs.

A **CONTRATADA**, quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

### **DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA**

Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da **CONTRATADA** e por um terceiro escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a **CONTRATADA**, cuja remuneração ficará a cargo da desta, bem como do odontólogo do beneficiário, se este for pertencente à rede credenciada.

### **DA DIVULGAÇÃO DA REDE**

No ato da contratação é entregue ao beneficiário o **GUIA ODONTOLÓGICO** editado pela **CONTRATADA**, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação, com os respectivos endereços.

O beneficiário poderá ter acesso as atualizações do guia odontológico na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou na internet.

### **CLÁUSULA DÉCIMA: FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

Este contrato é regido pelo regime misto de pagamento, ou seja, o valor da contraprestação terá uma parcela estabelecida previamente, no sistema pré-estabelecido, para cobertura de todos os procedimentos previstos no anexo 01 deste contrato, incluindo:

**a)** consulta inicial; **b)** curativo em caso de hemorragia bucal/labial; **c)** curativo em caso odontalgia

aguda/pulpectomia/necrose; **d)** imobilização dentária temporária; **e)** recimentação de peça protética; **f)** tratamento de alveolite; **g)** colagem de fragmentos; **h)** incisão e drenagem de abscesso extra oral; **i)** incisão e drenagem de abscesso intra oral; **j)** reimplante de dente avulsionado; **k)** orientação de higiene bucal; **l)** evidenciação de placa bacteriana e **m)** aplicação tópica de flúor, e outra parcela pelo regime de pós-pagamento, na forma de custo operacional, que será estabelecida após a utilização dos demais serviços previstos no anexo 02 deste contrato, com sua respectiva tabela de valores inserida no mesmo.

Os valores previstos para a contraprestação fixa (regime pré-estabelecido) foram definidos com base nos preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência média de utilização desses serviços e o prazo contratual. O cálculo dos valores pós-estabelecidos obedecerá aos preços previstos na tabela referencial constante deste instrumento contratual.

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa física titular contratante.

A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade e serviços prestados, de acordo com a tabela, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Os Valores serão cobrados pela **CONTRATADA** com base no número de beneficiários cadastrados, mensalmente, e de acordo com utilização dos serviços. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se a **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **CONTRATADA**, para que não se sujeite a consequência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, correção monetária, além de multa de 2% (dois por cento).

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: REAJUSTE**

**1.** Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços dos procedimentos em pós pagamento, parte integrante deste contrato, serão reajustados anualmente, de acordo com a variação máxima permitida pela AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

- ANS. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de ..... meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato. As atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato em aditamento pré-consentido, aqui estabelecido e enviado aos titulares do contrato.

**2.** Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

**2.1.** O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de XX% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

**2.2.** Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

Onde:

$$R = S - 1$$

Sm

**S-** Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

**Sm-** Meta de Sinistralidade expressa em contrato

**2.3.** Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

**3.** Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

**4.** Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

**5.** Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

**6.** Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

**7.** Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FAIXAS ETÁRIAS**

Neste plano não há variação de valores e reajustes em função da faixa etária.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**1.** O beneficiário dependente será excluído do plano odontológico nos casos de:

**a)** perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;

- b)** infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c)** a pedido do beneficiário titular.

**2.** A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

**2.1.** O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: RESCISÃO**

Durante o período de vigência deste contrato o mesmo não poderá ser rescindido unilateralmente, salvo nas seguintes hipóteses: (Art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998)

**a)** a pedido do **CONTRATANTE**;

**b)** fraude comprovada;

**c)** não pagamento de duas mensalidades por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado da inadimplência até o quinquagésimo dia do vencimento do débito. A rescisão se dará após dez dias ininterruptos contados do recebimento da notificação. A notificação poderá ser realizada através dos seguintes meios, além de outros que comprovem o seu recebimento pelo contratante:

**I** - correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;

**II** - mensagem de texto para telefones celulares (SMS) ou via aplicativo de mensagem com criptografia de ponta a ponta;

**III** - ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;

**IV** - carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada ou preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

**d)** Para a notificação por inadimplência serão usados os dados cadastrais fornecidos pelo contratante informadas no banco de dados da operadora. O contratante declara que foi informado da necessidade de manter as suas informações cadastrais atualizadas, e que, serão consideradas válidas todas as notificações realizadas nas formas previstas acima, ainda que realizadas com base em informações cadastrais não atualizadas.

Parágrafo único: Na hipótese do **CONTRATANTE** solicitar a rescisão contratual nos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, fica expressamente estabelecido que:

**a)** será cobrado pela **CONTRATADA** uma multa correspondente a 20% (vinte por cento) do somatório das mensalidades vincendas dos primeiros 12 (doze) meses e perdas e danos decorrentes de

má-fé na utilização do contrato;

**b)** a rescisão não exime o contratante de pagar eventuais valores já vencidos, ou assumidos, devidos á operadora;

**c)** eventual ingresso do contratante em novo plano da contratada, dependerá do mesmo estar adimplente em relação ao contrato rescindido, importará no cumprimento de novos períodos de carência e na perda do direito ao desconto por pontualidade previsto neste contrato. (RN 561)

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: ELEIÇÃO DE FORO**

Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente contrato, fica eleito o Foro da **CONTRATANTE**, renunciando-se qualquer outro por mais privilegiado que seja.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DISPOSIÇÕES GERAIS**

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Catálogo de Serviços Odontológicos, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), os quais foram recebidos pela contratante, pelo que assim declara.

Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

E, por estarem assim, certas e ajustadas, as partes assinam a Proposta de Adesão, seus Anexos e toda as vias deste contrato.

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Operadora

\_\_\_\_\_  
Contratante

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## ANEXO 01

Atos sob o regime de preço pré-pagamento:

A) **Diagnóstico:** consulta inicial, exame histopatológico; B) **Urgência/Emergência:** I - curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial, II - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose, III - imobilização dentária temporária, IV - recimentação de trabalho protético, V - tratamento de alveolite, VI - colagem de fragmentos, VII - incisão e drenagem de abscesso extra-oral, VIII - incisão e drenagem de abscesso intra-oral, IX - reimplante de dente avulsionado; C) **Radiologia:** I - radiografia periapical, II - radiografia bite-wing, III - radiografia oclusal, IV - Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) - somente para fins cirúrgicos; D) **Prevenção em Saúde Bucal:** I - atividade educativa, II - evidenciação de placa bacteriana, III - profilaxia - polimento coronário, IV - fluoroterapia, V - aplicação de selante; E) **Dentística:** I - aplicação de cariostático, II - adequação do meio bucal, III - restauração de 1 (uma) face, IV - restauração de 2 (duas) faces, V - restauração de 3 (três) faces, VI - restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta, VII - restauração de ângulo, VIII - restauração a pino, IX - restauração de superfície radicular, X - núcleo de preenchimento, XI - ajuste oclusal; F) **Periodontia:** I - raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal, II - imobilização dentária temporária ou permanente, III - gengivectomia/gengivoplastia, IV - aumento de coroa clínica, V - cunha distal, VI - cirurgia periodontal a retalho, VII - sepultamento radicular; G) **Endodontia:** I - capeamento pulpar direto - excluindo restauração final, II - pulpotomia, III - remoção de núcleo intra-radicular/corpo estranho, IV - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto, V - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos, VI - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos, VII - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais, VIII - tratamento endodôntico em dentes decíduos, IX - tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta, X - tratamento de perfuração radicular; H) **Cirurgia:** I - alveoloplastia, II - apicectomia unirradicular, III - apicectomia birradicular, IV - apicectomia trirradicular, V - apicectomia unirradicular com obturação retrógrada, VI - apicectomia birradicular com obturação retrógrada, VII - apicectomia trirradicular com obturação retrógrada, VIII - biópsia, IX - cirurgia de tórus unilateral, X - cirurgia de tórus bilateral, XI - correção de bridas musculares, XII - excisão de mucocele, XIII - excisão de rânula, XIV - exodontia a retalho, XV - exodontia de raiz residual, XVI - exodontia simples, XVII - exodontia de dente decíduo, XVIII - redução cruenta (fratura alvéolo dentária), XIX - redução incruenta (fratura alvéolo dentária), XX - frenectomia labial, XXI - frenectomia lingual, XXII - remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados), XXIII - sulcoplastia, XXIV - ulectomia, XXV - ulotomia, XXVI - hemissecção com ou sem amputação radicular, XXVII - exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila, XXVIII - punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buço - maxilo - facial, XXI-

X-redução de luxação de atm, XXX-tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais, XXXI- tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseo-cartilagosos na mandíbula/maxila, XXXII-tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila, XXXIII-tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução; I) **Odontopediatria:** I-Condicionamento em odontologia, II- reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato; J) Testes e exames de laboratórios: I - teste de fluxo salivar.

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Operadora

\_\_\_\_\_  
Contratante

## **ANEXO 02**

Atos sob o regime de pós - pagamento, com os respectivos valores:

### **RADIOLOGIA**

RADIOGRAFIA PÓSTERO-ANTERIOR

RADIOGRAFIA DA ATM

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA) COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO

TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO

TELERRADIOGRAFIA

RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - CARPAL

MODELOS ORTODÔNTICOS

SLIDE

FOTOGRAFIA

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO - CONE BEAM - MAXILA (HEMI ARCADA)

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO - CONE BEAM - MANDIBULA (HEMI ARCADA)

DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA BÁSICA

### **ODONTOPEDIATRIA**

MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO

MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL

PLANO INCLINADO

DENTÍSTICA

CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO

PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO - POR ARCADA

**ENDODONTIA**

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR

CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO

**PERIODONTIA**

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)

ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA) - RÍGIDA

ENXERTO PEDICULADO

ENXERTO GENGIVAL LIVRE

ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL

AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA

AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA

ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA

**PRÓTESE**

PLANEJAMENTO EM PROTESE +MOD. DE ESTUDO (PAR)

AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO

AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO

RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA

RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY

RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY

NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO

NÚCLEO DE PREENCHIMENTO

PINO PRÉ FABRICADO

COROA PROVISÓRIA SEM PINO

COROA TOTAL METALO CERÂMICA

COROA TOTAL EM CERÔMERO

COROA TOTAL METALO PLÁSTICA - CERÔMERO

COROA TOTAL METALO PLÁSTICA - RESINA ACRÍLICA

COROA TOTAL METÁLICA

PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERÂMICA

PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO PLÁSTICA  
PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA  
PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA  
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS  
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL  
REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)  
REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO)  
PRÓTESE TOTAL  
PRÓTESE TOTAL INCOLOR  
PRÓTESE TOTAL IMEDIATA  
CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)  
CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)  
CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)  
CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)  
JIG  
PONTO DE SOLDA  
CASQUETE DE MOLDAGEM

### **CIRURGIA**

TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA  
CURETAGEM APICAL

### **ORTODONTIA**

APARELHO EXTRA -BUCAL  
BARRA TRANSPALATINA FIXA  
BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL  
ARCO LINGUAL  
BOTÃO DE NANCE  
PLACA LABIAL ATIVA  
DISJUNTOR PALATINO - HIRAX (OU HASS)  
DISJUNTOR PALATINO - MCNAMARA (OU HOWE)  
QUADRIHÉLICE  
GRADE PALATINA FIXA  
GRADE PALATINA MÓVEL (REMOVÍVEL)  
PLACA DE HAWLEY  
PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR

PLACA DE MORDIDA ORTODÔNTICA  
PLACA DE SCHWARTZ  
PLACA DE VERTICALIZAÇÃO DE CANINOS  
APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇAS BIONATOR INJETADA OU DE ESCHELER  
PLACA DE DISTALIZAÇÃO DE MOLARES  
MENTONEIRA  
BIONATOR DE BALTERS  
MODELADOR ELÁSTICO DE BIMLER  
MONOBLOCO  
PISTAS DIRETAS DE PLANAS - SUPERIOR E INFERIOR  
PISTAS INDIRETAS DE PLANAS  
REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL  
ALETA GOMES  
KLAMMT  
BLOCOS GEMINADOS DE CLARK-TWINBLOK  
PLACA DUPLA DE SANDERS  
PLACA ENCAPSULADA DE MAURÍCIO  
SIMÕES NETWORK  
APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO - 1 POR ARCADA  
APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO PARCIAL - 1 POR ARCADA  
MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO ORTOPÉDICO - CONTROLE MENSAL  
MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO REMOVÍVEL - CONTROLE MENSAL  
MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO - CONTROLE MENSAL  
OBTENÇÃO DE MODELOS GNATOSTÁTICOS DE PLANAS  
DISTALIZADOR DISTAL JET  
DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL  
DISTALIZADOR DE HILGERS  
DISTALIZADOR PÊNDULO/PENDEX  
DISTALIZADOR TIPO JONES JIG  
CONTENÇÃO FIXA - POR ARCADA  
MÁSCARA FACIAL - DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA  
APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR - APM  
HERBST ENCAPSULADO  
APARELHO DE THUROW  
DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL  
GIANELLY

PLANO ANTERIOR FIXO

SPLINTER

APARELHO PROTETOR BUCAL

ANÁLISE DO CASO (INCLUIDA A CONSULTA) APENAS UM POR TRATAMENTO

REFORMA DE APARELHO (POR ARCADA)

RECOLAGEM DE BRACKETS OU RECIMENTAÇÃO DE BANDA ALÇA, OU BANDA ORTODÔNTICA, POR SESSÃO

REMOÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO FIXO

BANDA ALÇA

COLAGEM DE BOTÃO (OU RECOLAGEM)

TRATAMENTO COM SISTEMA AUTOLIGAVEL (BRÁQUETE METÁLICO)

REPOSIÇÃO DE PEÇA DO SISTEMA AUTOLIGADO (CADA PEÇA)

**IMPLANTODONTIA**

IMPLANTE ORTODÔNTICO

IMPLANTE OSSEO INTEGRADO HE EHI NACIONAL

IMPLANTE OSSEO INTEGRADO CM NACIONAL

INTERMEDIARIO PROTETICO

CORROA TOTAL METALO CERAMEICA EM IMPLANTE

COROA TOTAL METALO PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE

GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE - POR ARCADA

PROTESE PARCIAL FIXA IMPLANTO SUPOSTADA

REMOÇÃO DE IMPLANTE NÃO OSSEOINTEGRADO

REABERTURA- INSTALAÇÃO DE CICATRIZADOR

**TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES TÊMPORO - MANDIBULARES**

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

RETORNO SEMANAL (DURANTE 90 DIAS POR AVALIAÇÃO CLÍNICA - POR SESSÃO)

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Operadora

\_\_\_\_\_  
Contratante